FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 37.



# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

*Présentée et soutenue le* 10 *mars* 1863,

**Par Adolphe NEYRET,**

né à Lescheraines (Savoie).

DES

## KYSTES HYDATIQUES
## DU TISSU CELLULAIRE SOUS-PÉRITONÉAL
## DU PETIT BASSIN.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.




PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1863

1863. — Neyret.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

**Doyen**, M. RAYER.

**Professeurs.** MM.

| | |
|---|---|
| Anatomie | JARJAVAY. |
| Physiologie | LONGET. |
| Physique médicale | GAVARRET. |
| Histoire naturelle médicale | MOQUIN-TANDON. |
| Chimie organique et chimie minérale | WURTZ. |
| Pharmacologie | REGNAULD. |
| Hygiène | BOUCHARDAT. |
| Médecine comparée | RAYER. |
| Histologie | ROBIN. |
| Pathologie médicale | N. GUILLOT.<br>MONNERET. |
| Pathologie chirurgicale | DENONVILLIERS.<br>GOSSELIN. |
| Anatomie pathologique | CRUVEILHIER. |
| Pathologie et thérapeutique générales | ANDRAL. |
| Opérations et appareils | MALGAIGNE. |
| Thérapeutique et matière médicale | GRISOLLE. |
| Médecine légale | TARDIEU. |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés | ........ |
| Clinique médicale | BOUILLAUD.<br>ROSTAN.<br>PIORRY.<br>TROUSSEAU. |
| Clinique chirurgicale | VELPEAU.<br>LAUGIER.<br>NÉLATON.<br>JOBERT DE LAMBALLE. |
| Clinique d'accouchements | DEPAUL. |

*Doyen honoraire*, M. le Baron PAUL DUBOIS. — *Professeur honoraire*, M. CLOQUET.

**Agrégés en exercice.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. AXENFELD. | MM. DUCHAUSSOY. | MM. LABOULBÈNE. | MM. REVEIL. |
| BAILLON. | EMPIS. | LIÉGEOIS. | SÉE. |
| BAUCHET. | FANO. | LORAIN. | TARNIER. |
| BLOT. | FOUCHER. | LUTZ. | TRÉLAT. |
| CHARCOT. | GUILLEMIN. | MARCÉ. | VULPIAN. |
| CHAUFFARD. | HÉRARD. | PARROT. | |
| DOLBEAU. | HOUEL. | POTAIN. | |

**Agrégés libres chargés de cours complémentaires.**

| | |
|---|---|
| Cours clinique des maladies de la peau | MM. HARDY. |
| — des maladies syphilitiques | VERNEUIL. |
| — des maladies des enfants | ROGER. |
| — des maladies mentales et nerveuses | LASÈGUE. |
| — d'ophthalmologie | FOLLIN. |
| — des maladies des voies urinaires | VOILLEMIER. |

*Chef des travaux anatomiques*, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

**Agrégés stagiaires.**

MM:

**Examinateurs de la thèse.**

MM. CRUVEILHIER, *président;* MALGAIGNE, DUCHAUSSOY, GUILLEMIN.

M. BOURBON, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE,

Docteur en Médecine.

---

A MA MÈRE.

A MON GRAND-PÈRE,

Docteur en Médecine,
Chevalier de l'Ordre des SS. Maurice et Lazare.

DES

# KYSTES HYDATIQUES

## DU TISSU CELLULAIRE SOUS-PÉRITONÉAL

## DU PETIT BASSIN.

## CHAPITRE Ier.

**Du tænia échinocoque, des hydatides.**

Les progrès remarquables qu'a faits, dans ces derniers temps, l'helminthologie, et les applications pratiques qui se déduisent des faits récemment découverts, m'engagent à donner ici un résumé succinct de l'état actuel de la science sur l'origine des hydatides, ou plus généralement, des formes diverses connues sous les noms de *cysticerques*, *cœnures*, *échinocoques*, *acéphalocystes*, sous lesquels se présente le premier état des helminthes tænioïdes.

Nous sommes bien loin du temps où un professeur illustre de l'École de Médecine terminait un livre justement populaire par cette phrase : « La génération spontanée, quelque opposée qu'elle soit à l'observation ordinaire et à nos propres convictions, nous paraît encore plus probable qu'aucune des autres causes par lesquelles on a cherché à expliquer la formation des entozoaires » (1).

(1) Richard, *Élém. d'hist. nat. méd.*, t. I, p. 391, 3e édit.

Les partisans de la génération spontanée, sans cesse déboutés de leurs arguments les plus puissants par les découvertes modernes, se sont retranchés, de nos jours, derrière l'obscurité des infiniment petits, où nous n'avons pas à les poursuivre; mais les observations récentes nous forcent de rejeter complétement leurs théories pour ce qui a trait à l'origine des êtres dont l'étude fait le sujet de cette thèse.

Les faits que je vais rappeler, bien que nettement démontrés par la science, sont encore peu familiers au public médical; c'est pourquoi je crois nécessaire de les établir avec quelques détails.

Chacun connaît l'organisation des vers tænioïdes; une longue suite d'anneaux aplatis, terminés en avant par une petite tête munie de quatre ventouses et d'une double couronne de crochets, constitue la majorité de ces vers, et en particulier le *tænia solium* de l'homme.

Depuis longtemps les naturalistes, et à leur tête l'illustre Pallas, avaient remarqué l'analogie de cette tête et surtout de ses crochets avec les crochets et la tête ou les têtes multiples que l'on rencontre dans l'intérieur des vésicules aqueuses connues sous les noms de *cysticerques* et d'*échinocoques*.

A une époque relativement récente, Von Siebold, frappé de cette ressemblance, considéra le cysticerque de la souris comme un tænia égaré et devenu malade, hydropique, à cause du milieu anormal où il se développait; mais des observations et même des expériences précises ne permettent plus d'accepter cette explication.

Sans insister davantage sur l'historique de la question, je rapporterai ce que les faits constatés par Van Beneden et Küchenmeister ont établi touchant les métamorphoses étranges du tænia.

Arrivés à l'âge de maturité, les anneaux ultimes du tænia, munis des deux appareils génitaux mâle et femelle, se détachent de l'animal et sont rejetés à l'extérieur par les voies naturelles. Ces anneaux ou cucurbitins, comme on les appelle, à cause de leur ressemblance avec une graine de melon, jouissent un certain temps d'une vie in-

dépendante, comme l'avait vu le professeur Dujardin ; ils sont gonflés d'œufs, et ces œufs, après la mort et la destruction de la membrane qui les enveloppe, se répandent au hasard sur les corps qui les environnent. Si quelque animal les avale (j'indiquerai plus loin les conditions que doit remplir cet animal pour que leur développement puisse avoir lieu), ils éclosent dans l'intérieur de son tube digestif. L'embryon qui en sort est de forme ovoïde et muni à sa partie antérieure de trois paires de crochets ; grâce à sa petitesse extrême et à cette armature, il peut traverser les membranes intestinales et, selon les circonstances, ou bien se fixer sur la face péritonéale de l'intestin ou bien pénétrer dans les vaisseaux sanguins, qui le transportent dans les lieux divers de l'organisme. Arrivé dans un point quelconque, dont il fait élection pour des causes inconnues, cet embryon se fixe aux tissus ambiants. Ce n'est alors qu'une petite vésicule avec sa couronne de crochets. Bientôt cette vésicule grandit, et la membrane qui la constitue sécrète par sa face interne un ou plusieurs petits bourgeons ; ceux-ci se développent à leur tour, s'isolent de la membrane prolifère, et nagent dans le liquide qu'elle contient. Les dimensions variables du reste de la vésicule mère peuvent égaler le volume du poing d'un adulte.

Pendant ce temps, le parasite s'est enkysté. La constitution et la formation de ce kyste adventif seront étudiées plus loin. Les bourgeons dont nous avons parlé, et qui maintenant flottent isolément dans le liquide de la vessie maternelle, sont constitués par une poche à la surface de laquelle, tantôt en dedans, tantôt en dehors, on remarque le plus souvent de petites têtes presque microscopiques. Ces petites têtes, chose remarquable, ressemblent absolument à une tête de tænia : on y rencontre les quatre ventouses, la double couronne de crochets et le cou subannelé. S'il n'y a qu'une tête, le parasite reçoit le nom de *cysticerque ;* s'il y en a plusieurs, celui de *cœnure* ou d'*échinocoque ;* enfin celui d'*acéphalocyste,* si ces têtes sont avortées ou mortes. C'est un ensemble d'acéphalocystes réunis sous une membrane proligère et enveloppés d'un kyste adventif qu'on désigne sous le nom d'*hydatide.*

Les vers hydatiques, les vers cestoïdes, sont donc des formes premières, des larves, des vers tænioïdes ; mais ils sont incapables de se reproduire ni même d'atteindre leur développement complet, s'ils restent dans les mêmes conditions biologiques. Mais, si un cysticerque, par exemple, se trouve être avalé par certains animaux, sa vésicule terminale disparaît sous l'influence des sucs intestinaux; puis, à l'extrémité de son cou, apparaissent successivement une série d'anneaux rubanés : le cysticerque est alors un tænia, et ce tænia, muni d'organes génitaux, peut à son tour produire des œufs qui suivront leur destinée.

Les expériences qui démontrent cette étrange filiation ont été faites non-seulement sur les animaux, mais sur l'homme lui-même, et cela, à plusieurs reprises et par de nombreux observateurs. Malgré les objections récentes de MM. Pouchet et Verrier, il paraît aujourd'hui démontré que, sauf des exceptions accidendelles, les cestoïdes et les tænias inermes appartiennent aux animaux herbivores; tandis que les tænias à crochets ne se rencontrent que dans les intestins des animaux carnivores, et que l'apparition de ceux-ci a lieu après que les animaux qui les portent ont dévoré quelques herbivores infestés de cestoïdes.

En sa qualité d'omnivore, l'homme peut présenter tout à la fois des tænias à crochets, des tænias sans crochets, et des vers cestoïdes. S'il est possible de se mettre en garde contre l'invasion des tænias en s'abstenant de toute nourriture suspecte, comme le porc atteint de la ladrerie, les épiploons de lapins, les foies de moutons, etc. ; il paraît beaucoup plus difficile d'échapper aux vers vésiculaires, dont les germes, presque microscopiques, nous sont apportés par des causes à peu près inévitables.

La prophylaxie de l'affection que je vais étudier maintenant me paraît donc à peu près impossible.

---

# CHAPITRE II.

## Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique des kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin est absolument la même que celle des kystes hydatiques des autres régions. En parlant de leur anatomie pathologique en général, M. Cruveilhier dit (1) : « Parmi les nombreuses productions pathologiques dont l'économie soit susceptible, il n'en est peut-être aucune qui soit plus digne d'intérêt que celle des acéphalocystes. C'est une des altérations les plus générales de l'économie, une des plus importantes en raison de sa fréquence, du développement énorme qu'elle peut acquérir, de sa multiplication illimitée, de la difficulté du diagnostic, des accidents auxquels elle peut donner lieu, et des indications qu'elle fournit. Son importance est telle que, dans l'état actuel de la science, les kystes acéphalocystes doivent être pris en grande considération dans les questions de diagnostic relatives à la détermination de toutes les tumeurs externes ou internes, avec fluctuation évidente ou obscure. Le foie est sans contredit celui de tous les organes qui est le plus souvent affecté d'hydatides ; mais on en trouve aussi dans la rate, le poumon, le cerveau, les reins, les ovaires, le tissu cellulaire sous-péritonéal, les bourses muqueuses, les muscles et les os. »

M. Cruveilhier (2) définit les hydatides : « des vésicules ou des poches vivant d'une vie propre et ne demandant à l'animal porteur que le lieu, la chaleur et les produits qu'ils ont le pouvoir de s'assimiler. Elles nagent dans une cavité comme remplie de liquide, creusée dans l'intérieur d'un organe, tapissée par une membrane qui est un kyste adventif. »

---

(1) *Anatomie pathologique.*

(2) *Loc. cit.*

Fabrice d'Aquapendente (1) s'expliquait ainsi : « Le kyste, en parlant des tumeurs enkystées, est fabriqué par la nature, non d'une matière nouvelle, mais de fibres membraneuses des parties voisines. Quant aux autres abcès qui sont engendrés d'humeurs naturelles et outre naturelles, ils n'ont point de tels kystes ; mais leur matière est simplement contenue dans l'espace et entre deux parties. »

Le kyste adventif de l'acéphalocyste est en général remarquable par son épaisseur, qui est de 2, quelquefois de 4 à 6 millimètres, et par sa structure, qui est fibreuse, fibro-cartilagineuse, et quelquefois même osseuse. Des vaisseaux sanguins rampent à la surface et dans l'épaisseur de la membrane du kyste ; ils étaient nombreux et quelques-uns avaient un volume considérable dans le cas présenté par M. Charcot à la Société de biologie, et dans celui que j'ai observé à l'hôpital de la Charité et dont je donnerai plus loin l'observation.

### OBSERVATION I[re] (2).

**Kystes hydatiques, situés ou développés dans l'excavation du petit bassin chez la femme.**

Sur cette pièce, on voit deux kystes hydatiques, développés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, entre la face antérieure du rectum et la face postérieure des organes génitaux. Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'une femme conduite pour la dissection à l'amphithéâtre des hôpitaux. Ces deux kystes sont régulièrement sphériques, à peu près d'égal volume ; ils ont de 5 à 6 centimètres de diamètre chacun et adhèrent entre eux par une très-petite partie de leur circonférence. L'un deux, plus volumineux, est faiblement uni en arrière à la face antérieure du rectum par du tissu cellulaire très-lâche ; il est situé à 6 ou 7 centimètres au-dessus

---

(1) Part. I, liv. I, chap. 15, de la traduction française.

(2) Charcot, *Gaz. méd.*, 1852.

de l'anus, plutôt à droite qu'à gauche de l'axe de l'intestin ; son adhérence avec le second kyste est intime, et on ne peut la détruire sans entamer la paroi fibreuse elle-même. Le second kyste est situé un peu plus bas que son congénère, et en avant de lui; il adhère par sa face antérieure au col de l'utérus, dans une étendue de 2 centimètres environ ; et à la partie la plus reculée de la face postérieure du vagin, dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, l'adhérence avec les organes génitaux est très-intime, et faite au moyen d'un tissu fibreux très-dense. Le kyste postérieur est ouvert dans le rectum, par une ulcération arrondie, située à 10 ou 12 centimètres au-dessus de l'orifice anal. Cette perforation, pratiquée par conséquent dans la partie la plus élevée de la poche hydatique, est arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce, et présente 1 centimètre à 1 centimètre et demi de diamètre. Les deux kystes ne communiquent nullement entre eux, au lieu de leur adhérence; l'antérieur lui-même n'offre aucune communication soit avec le vagin, soit avec l'utérus.

Avant la dissection du tissu cellulaire lamelleux qui enveloppait de toutes parts ces deux tumeurs et qui les réunissait en une seule, elles formaient une masse allongée, oblique d'arrière en avant et de haut en bas, et située sous le péritoine, qu'elle avait soulevé et dont elle s'était coiffée. Le péritoine, en effet, descendant de la face antérieure du rectum, enveloppait les kystes supérieurement et de chaque côté, puis remontait pour recouvrir la face postérieure du corps de l'utérus.

Le cul-de-sac rétro-vaginal était donc complétement effacé et rempli par les tumeurs; ces dernières d'ailleurs ne descendaient pas jusqu'au périnée, et la plus inférieure en était distante d'au moins 4 centimètres, même dans son point le plus déclive. C'est donc par en haut et dans le sens antéro-postérieur que leur développement s'est effectué surtout ; en haut le péritoine est repoussé, en arrière le rectum est comprimé, aplati, et ses fibres musculaires se sont développées pour vaincre l'obstacle apporté au cours des matières fécales; en avant l'utérus est appliqué contre le pubis, son col aplati

est considérablement allongé ; l'organe de la gestation subit en outre un déplacement de totalité qui le porte en haut et en avant ; le vagin au contraire est repoussé en bas, et une tumeur vient faire saillie dans sa cavité, à la partie la plus reculée de la face postérieure, immédiatement en arrière du col utérin.

Tous ces faits auraient certainement pu être constatés pendant la vie, et on pouvait parfaitement les percevoir sur le cadavre par le toucher rectal et le toucher vaginal, surtout par la combinaison de ces deux modes d'exploration. La dissection des kystes eux-mêmes nous a démontré que l'un deux, le plus voisin du rectum, recevait des vaisseaux artériels assez volumineux (ils étaient injectés de cire), provenant de plusieurs branches des hémorrhoïdales moyennes, qui s'écartaient un instant de leur trajet habituel pour les fournir ; que l'autre en recevait aussi, dans sa moitié antérieure surtout, lesquelles provenaient les unes des artères vaginales du côté gauche, et les autres du tronc même de l'artère utérine du côté droit ; les petites ramifications de ces artères pénétraient évidemment dans le tissu même de la poche fibreuse.

Rien de ce qui va suivre qui ne soit commun aux kystes hydatiques en général : la membrane propre est épaisse, constituée par un tissu fibreux, résistant, coriace ; sa surface interne est inégale et tapissée çà et là par une matière blanchâtre, friable, assez adhérente cependant à la poche, dans l'intérieur de laquelle elle s'avance en quelques points assez loin pour former des cloisons incomplètes (matière tuberculeuse de Kuhn).

En comprimant la tumeur la plus voisine du rectum, laquelle n'était pas vide quand nous la rencontrâmes, il s'échappa par l'orifice anal de ce conduit un liquide séreux, trouble, blanchâtre, puis trois ou quatre hydatides entières, du volume d'une noix. Ayant incisé la poche fibreuse, nous trouvâmes dans son intérieur trois ou quatre hydatides entières qui n'en avaient pas été chassées par la compression, et en outre une très-grande membrane blanche, généralement opaque, couverte de végétations irrégulières sur ses

deux faces, laquelle était repliée sur elle-même. Quand on faisait flotter dans l'eau cette membrane déchirée en plusieurs endroits, elle prenait d'elle-même une forme sphérique. Examinée avec soin, on la trouvait composée d'au moins cinq membranes secondaires, transparentes dans certains points, opaques dans d'autres, et comme tachetées ; les points opaques correspondaient à des épaississements et aux végétations quelquefois très-saillantes dont nous avons parlé. S'il s'agit ici d'un débris hydatide, celle-ci, en la supposant pleine, devait être tellement volumineuse, que les autres n'auraient certainement pas pu trouver place entre sa face externe et la face interne de la poche d'enveloppe, et avaient dû, à une certaine époque, être renfermées dans son intérieur (hydatide mère). Nous devons dire toutefois que toutes les hydatides étaient parfaitement libres, et ne contractaient aucune adhérence soit avec la membrane que nous venons de décrire, soit avec le kyste d'enveloppe.

Le kyste le plus voisin du vagin fut trouvé plein d'une sérosité trouble où nageaient une quinzaine d'hydatides pleines, de divers volumes; deux d'entre elles étaient plus grosses que des noix, les plus petites n'étaient pas plus grosses que de très-petits pois : d'ailleurs aucune membrane qui rappelât, soit par ses dimensions, soit par ses autres caractères physiques, celle qu'on a rencontrée dans le premier kyste.

Les hydatides elles-mêmes avaient leurs caractères habituels. Les parois des plus volumineuses pouvaient se décomposer en trois membranes au moins, dont la moyenne était la plus épaisse et la plus opaque ; celles des plus petites paraissaient composées de deux feuillets. Le liquide contenu dans l'intérieur des vésicules ayant été examiné au microscope, nous y rencontrâmes des échinocoques dont les crochets et les suçoirs était très-visibles; on rencontra aussi çà et là dans le liquide des crochets isolés.

Nous n'avons pu malheureusement nous procurer aucun renseignement sur les phénomènes qui auraient pu être observés pendant la vie de cette femme ; nous avons même à regretter de n'avoir

pu examiner les autres viscères, le foie par exemple, afin de rechercher s'il n'y existait pas quelque autre collection d'hydatides.

Quelque incomplète qu'elle soit, cette observation montre comment des kystes hydatiques ont pu se développer dans le petit bassin, entre le rectum et les organes génitaux, sous le péritoine qui les unit; refouler ces organes, les déformer, et enfin l'un d'eux s'ouvrir spontanément dans le rectum. Quant à l'autre kyste, celui qui était plus en rapport avec le vagin, sa position en dehors du péritoine et la grande épaisseur de ses parois auraient été, je crois, une garantie suffisante contre tout accident redoutable, dans le cas où l'on en eût pratiqué l'ouverture pendant la vie.

La face externe du kyste adventif de l'acéphalocyste est intimement unie aux parties environnantes; la face interne est presque toujours extrêmement rugueuse, hérissée d'aspérités, et quelquefois comme lacérée.

Quand les kystes acéphalocystes sont multiloculaires, ils communiquent tantôt largement, tantôt par des orifices très-étroits; cette communication plus ou moins grande n'est qu'une conséquence de la position et de la disposition anatomique qu'affectent les parties.

Dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, comme partout, les hydatides ont un volume très-variable; elles sont tantôt grosses comme un œuf, une orange, tantôt elles égalent à peine un grain de millet: cela dépend surtout de leur âge.

Lorsque l'hydatide n'a pas été détruite, elle est en contact avec la face interne du kyste, qu'elle tapisse dans toute son étendue; quand elle est malade, souvent elle est ramollie, quelquefois il n'en reste que des débris mêlés à de la matière visqueuse, sébacée, dont je parlerai plus loin.

Outre les hydatides, le kyste renferme souvent un liquide plus ou moins abondant, ordinairement limpide et quelquefois lactescent. Ce liquide diffère très-peu de celui que contiennent les vésicules, il a la même origine; il provient de l'hydatide mère qui

s'est déchirée ou même a disparu ; il manque lorsque cette hydatide est intacte et reste appliquée à la surface interne de la poche.

M. Cruveilhier (1) admet deux espèces d'acéphalocystes, une acéphalocyste solitaire (*acephalocystis eremita vel sterilis*) et une acéphalocyste sociale (*acephalocystis socialis vel prolifera*). La première espèce est la plus fréquente chez les animaux ; la seconde se rencontre souvent chez l'homme.

L'acéphalocyste solitaire envahit le plus souvent plusieurs organes à la fois (poumon, foie, etc.) ; l'acéphalocyste sociale est le plus ordinairement limitée à un organe.

Souvent, mais non d'une manière absolue, les kystes du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin coïncident avec des kystes de même nature dans les autres organes ; les observations qui suivront le démontrent.

### OBSERVATION II (2).

Il s'agit d'un tailleur, âgé de 50 ans, entré en août 1797, dans un des hôpitaux de Gœttingue. Cet homme était alors porteur d'une tumeur abdominale volumineuse, composée de plusieurs lobes, obscurément fluctuante ; cette tumeur ne changeait pas de position dans les diverses attitudes qu'on faisait prendre au malade, cependant on supposa qu'une certaine quantité de liquide ascitique s'était accumulée dans le péritoine. On crut en conséquence avoir affaire à une induration du foie, de l'épiploon, ou de quelque autre viscère. L'émission de l'urine resta toujours naturelle, ainsi que la défécation, même dans les derniers temps de la vie. Surviennent la fièvre hectique, le délire fugace, la diarrhée colliquative, la leucophlegmasie, et le malade meurt.

---

(1) *Loc. cit.*

(2) Richter, *Journal de chirurgie* de Chrestien et Loder (t. I, 1797).

A l'*autopsie*, on rencontre : 1° un kyste contenant des hydatides, situé entre les téguments externes et le péritoine, s'étendant de la région précordiale à l'ombilic ; mais, dans la région du foie, on en trouve un autre du même volume, toujours sous-péritonéal, rempli d'ailleurs d'une matière épaisse, grisâtre, comme graisseuse, et d'hydatides de divers volumes. La paroi abdominale contenait encore dans son épaisseur un certain nombre d'autres kystes hydatiques plus petits. Les intestins, l'épiploon, quand on traversa la paroi de l'abdomen singulièrement épaissie par ces tumeurs, parurent libres et exempts d'altération ; il n'y avait pas de liquide dans la grande cavité séreuse.

2° Dans la duplicature de l'enveloppe séreuse de l'estomac, existait un kyste hydatifère volumineux, contenant un certain nombre d'hydatides.

3° Le foie et la rate contenaient des acéphalocystes disséminées dans leur parenchyme.

4° Dans le médiastin antérieur, en avant du péricarde, siégeait encore un kyste hydatique volumineux.

5° Enfin, et ceci est plus dans notre sujet, on rencontra au voisinage de la vessie un sac à parois très-épaisses, volumineux, et bien distendu par son contenu, et, bien qu'au premier coup d'œil, on crût avoir affaire à la vessie elle-même distendue par l'urine ; mais, une incision ayant été pratiquée dans la tumeur, il s'écoula une grande quantité d'un liquide clair, avec des hydatides volumineuses.

Le kyste hydatifère était situé sous le péritoine, entre cette membrane et l'extrémité supérieure de la vessie; on put l'énucléer complétement, et ce n'est qu'alors qu'on aperçut la vessie elle-même.

Cette observation démontre que les kystes hydatiques du petit bassin coïncident avec des kystes hydatiques des autres régions, et de plus, semble justifier l'opinion, à savoir : que le tissu cellulaire

sous-péritonéal est le siége de prédilection des hydatides du petit bassin.

Chez l'homme, les kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin se développent entre le rectum et le col de la vessie; chez la femme, entre le rectum, le vagin et l'utérus, sous le péritoine qui unit la fin de l'intestin aux organes génitaux. Les kystes contractent toujours des adhérences très-intimes avec les organes voisins. Le rectum est comprimé; ses fibres musculaires se développent pour lutter contre l'obstacle au cours des matières fécales. L'utérus, chez la femme, est déplacé et souvent atrophié; ou bien la compression a nuit à son développement. Chez l'homme, la vessie comprimée au niveau de son col s'hypertrophie. Les kystes hydatiques du petit bassin peuvent être multiples, ainsi que l'ont démontré l'observation de M. Charcot et celle que j'ai sous les yeux.

Je lis dans le journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure l'observation suivante dont je donne un court extrait.

### OBSERVATION III.

Kystes hydatiques du foie, de la rate et du péritoine, chez un jeune sujet de 22 ans.

Les kystes étaient au nombre de plus de 300, tant dans la cavité abdominale, que dans le reste des viscères abdominaux. Un nombre de kystes assez considérable, 10 à 15, du volume d'un gros grain de raisin, étaient appendus au rectum, et faisaient saillie dans la cavité du petit bassin. Ces kystes étaient supportés par une tige excessivement grêle; ils étaient tous revêtus d'une membrane péritonéale. Sur le côté gauche du petit bassin, entre le muscle obturateur et la vessie, se trouvait une tumeur grosse comme le poing, et faisant saillie dans le petit bassin.....

Les caractères anatomiques et kystologiques de cette tumeur et autres kystes étaient ceux de tous les kystes hydatiques.....

Quant à la voie par où s'éliminent spontanément les kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, chez l'homme, le plus souvent c'est le rectum, quelquefois la vessie.

Chopart cite, dans son *Traité des maladies des voies urinaires* (p. 326), un cas dans lequel le kyste s'était ouvert par le périnée. Cette observation a été communiquée à l'Académie, en février 1775, par Sibille, chirurgien à Long-Pont, près de Soissons.

### OBSERVATION IV.

Un régisseur de terres, âgé de 48 ans, atteint d'une rétention complète d'urine, fit appeler Sibille pour y remédier. Il se plaignait d'épreintes, de douleurs violentes à la vessie et au fondement. Il avait le hoquet, des envies continuelles de vomir, et faisait de vains efforts pour uriner et aller à la selle. Au moment où Sibille se disposait à le sonder, il poussa un cri perçant accompagné de grands efforts, et se plaignit d'une espèce de déchirement à la région inférieure du bassin, où il porta la main pour résister, dit-il, à ce qui poussait de dedans en dehors. Une tumeur de la forme d'un cervelas se manifesta en cet endroit : elle s'étendait de la tubérosité de l'ischion du côté droit vers la racine du scrotum. Les douleurs cessèrent aussitôt; les urines s'écoulèrent naturellement, en abondance et sans peine, puis la tumeur fut moins saillante. Quelques heures après elle reparut dans le même état ; elle diminua encore quand le malade eut uriné.

Sibille, pensant que c'était une hernie de la vessie, tenta la réduction et appliqua un bandage ; le malade ne put le supporter longtemps. La tumeur resta fixée au périnée. Pour qu'elle fût moins comprimée lorsque le malade montait à cheval, on fit faire une cavité à la selle. Malgré cette précaution, les téguments qui recou-

vraient la tumeur devinrent d'un rouge livide, et il s'y fit une ouverture par laquelle Sibille aperçut et toucha un corps rond, blanchâtre, mou, qui proéminait au dehors, mais qui était adhérent aux parties voisines. Ce chirurgien agrandit l'ouverture en incisant du côté de l'anus et vers le scrotum. Après avoir séparé les adhérences latérales, il vit sortir une hydatide de la grosseur d'un œuf et qui, s'étant crevée, laissa écouler une humeur semblable à du petit-lait clarifié. Nombre d'hydatides sortirent ensuite par la même ouverture, en différents temps et dans l'espace de plusieurs semaines : les unes étaient de la grosseur d'un petit œuf de poule, d'une noix, et elles se crevaient ordinairement en passant par l'ouverture du périnée; d'autres, de la grosseur d'avelines ou de pois, sortaient entières. Sibille en fit voir plusieurs à Petit, médecin de Soissons, et en envoya une grande quantité à l'Académie. Par un calcul aussi exact qu'il a pu le faire, il a pensé qu'il en était sorti environ douze cents. Il n'a jamais passé d'urine par le périnée, et le cours de ce liquide a toujours été libre et naturel par l'urèthre, depuis l'apparition de la première tumeur. L'ouverture du périnée s'est fermée, et quelque temps après la guérison, Sibille sentit encore des hydatides en cet endroit, lesquelles étaient mobiles et pouvaient être repoussées dans le bassin. Comme le malade n'en était pas incommodé et qu'elles ne l'empêchaient pas de vaquer à ses occupations ni de monter à cheval, il ne voulait point qu'on en facilitât l'issue par une nouvelle incision. On attribua le principe de cette maladie à un coup violent qu'il avait reçu, à l'âge de 28 ans, dans la région du foie, qui, depuis cette époque, avait la dureté d'un squirrhe.

Chez la femme, les kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin s'ouvrent spontanément par le rectum, le vagin et quelquefois l'utérus. Dans l'un et l'autre sexe, ils peuvent s'ouvrir dans le péritoine.

Leur guérison peut aussi avoir lieu par la mort des hydatides.

M. Cruveilhier (1) croit que, dans un grand nombre de cas, la mort des hydatides est causée par la résistance qu'oppose le kyste à leur développement. « Il arrive, dit M. Davaine, que toutes les hydatides d'un kyste perdent simultanément leur liquide, les vésicules s'affaissent et se plissent régulièrement, tandis que le kyste éprouve un retrait proportionnel ; celui-ci ne contient plus enfin que des membranes plissées et tassées comme les pétales d'un pavot, renfermées dans leur calice ; » alors, et pendant que les hydatides vivent encore, il se produit, à la face interne de la poche, une matière d'apparences diverses, tantôt jaune, onctueuse, puriforme, tantôt grisâtre, solide, calcaire même, semblable à la matière tuberculeuse avec laquelle on l'a confondue. L'analyse chimique et microscopique de cette matière a montré qu'elle contenait une forte proportion de matières grasses et de l'huile libre.

*Membranes acéphalocystes.* Ces membranes sont composées, d'après M. Collard, membre de la Société anatomique : 1° d'une trame albuminiforme, ne différant de l'albumine que par sa solubilité dans l'acide hydrochlorique ; 2° d'une substance qui a quelque analogie avec le mucus, mais qui en diffère essentiellement : 1° par son insolubilité dans les alcalis, 2° par son défaut d'action sur l'acétate de plomb, 3° par sa grande solubilité dans l'acide hydrochlorique, sulfurique et nitrique concentrés, sans dégagement de gaz ; 4° parce que l'eau lui rend, quand elle est desséchée, les propriétés physiques et chimiques qu'elle possédait.

---

(1) *Loc. cit.*

# CHAPITRE III.

## Étiologie.

D'après ce que nous savons sur la nature des hydatides; il est évident que la cause nécessaire de leur présence dans l'organisme est l'introduction des germes dont elles procèdent.

Reste à savoir s'il n'y a pas de conditions qui favorisent le développement de ces germes.

§ I^er^. *Age*. — La moyenne de toutes les observations que j'ai pu recueillir fixerait l'âge dans lequel se rencontrent le plus fréquemment les hydatides de 35 à 40 ans. Mais il n'y a rien de précis; Desault a trouvé des hydatides dans les reins d'un enfant de 4 ans, et il est des observations dans lesquelles les hydatides se sont montrées à un âge très-avancé de la vie.

§ II. *Sexe*. — Le sexe ne paraît pas avoir d'influence, et M. Davaine, qui les a étudiées dans tous les organes, n'a pas trouvé qu'un sexe y fût plus sujet qu'un autre. Dans les observations réunies dans ma thèse, les kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin sont presque aussi nombreuses dans l'un et l'autre sexe.

§ III. *Maladies*. — On a cru que la phthisie jouait un grand rôle dans l'étiologie des hydatides, et cela parce qu'on avait pris la matière athéromateuse qu'ils renferment pour de la matière tuberculeuse. Mais dans toutes les observations de kystes hydatiques de toutes les régions relatées par les auteurs, le nombre des sujets phthisiques est tellement restreint qu'il n'est permis de conclure

que la phthisie soit une cause prédisposante au développement des hydatides.

§ IV. *Climats.* — Rares en Amérique et dans l'Inde, les hydatides sont assez communes en France, en Allemagne, en Angleterre; mais aucun pays n'en est infecté autant que l'Islande. M. Eschricht rapporte que la sixième partie des Islandais en sont atteints. On sait que les Islandais ont beaucoup de chiens et qu'ils vivent constamment au milieu de ces animaux; c'est là sans doute la cause de l'affreuse épidémie qui les décime. M. Eschricht, d'après M. Lasègue, explique la fréquence des hydatides, en Islande, par la négligence apportée à la dessiccation des poissons dans les chambres où les chiens déposent leurs excréments chargés d'œufs de tænia.

§ V. *Saisons, aliments, boissons.* — Je ne puis dire si l'homme, comme le mouton, est plus exposé dans une saison que dans une autre à introduire des œufs de tænia dans son organisme; on ne sait pas même comment ces œufs s'introduisent. Cependant il est probable que c'est avec les aliments ou les boissons.

§ VI. *Coups.* — On a souvent fait intervenir les coups, les chutes, etc., dans l'étiologie des hydatides; mais les malades sont toujours portés à faire remonter leurs maux à un traumatisme qui souvent a été produit plusieurs mois, plusieurs années, avant ou après le début de leurs souffrances.

Ici les coups et les chutes ne peuvent avoir d'autre effet que de rendre douloureux, d'irriter, de déchirer, un kyste dont rien n'avait encore révélé la présence.

L'observation de Sibille en est un exemple, et plus loin j'en rapporterai dans lesquelles les choses se sont passées ainsi.

---

# CHAPITRE IV.

## Symptômes.

Les kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin ne donnent souvent lieu à aucun phénomène morbide et passent inaperçus. Leur action est seulement mécanique, par la pression qu'ils exercent sur les organes, qu'ils atrophient plus ou moins. Ce n'est que lorsque les hydatides se développent dans les organes uniques et importants, comme le cœur, le cerveau, le foie, qu'elles peuvent altérer profondément la santé en les gênant dans l'accomplissement de leurs fonctions. L'action mécanique du kyste peut donc ne se traduire elle-même par aucun symptôme, jusqu'à ce que la tumeur soit énorme, et assez lourde pour tirailler les parties et produire, par la pression sur les organes, un déplacement et de l'atrophie. Alors la présence de ces kystes dans le petit bassin se manifeste par un sentiment de pesanteur, par la rétention d'urine, l'ischurie, la difficulté des selles; mais les symptômes les plus graves sont ceux que l'on observe du côté des organes génito-urinaires; car, quand le kyste a atteint un certain volume, l'émission de l'urine ne peut se faire que par le cathétérisme, et encore est-il souvent difficile et quelquefois impossible à cause de la pression qu'il exerce sur le col de la vessie. L'observation suivante est une preuve bien convaincante.

### OBSERVATION V.

Cette observation a été communiquée à l'Académie de chirurgie, en novembre 1789, par Lelouis, chirurgien à Rochefort (1).

---

(1) Chopart, *loc. cit.*, p. 325.

Un charpentier, âgé d'environ 40 ans, d'un tempérament phlegmatique, après avoir éprouvé des difficultés d'uriner, eut une rétention d'urine. On ne put le sonder ; mais, après lui avoir donné les soins ordinaires, saignées, fomentations, etc., on parvint à lui passer une sonde dans la vessie. Il en fut soulagé d'une manière si efficace qu'on le crut guéri et qu'on lui ôta cet instrument au bout de deux jours. Peu de temps après, il eut encore de la peine à uriner : nouvelle rétention. Il resta deux jours sans uriner, il prit peu de boisson, et, naturellement dur au mal, il continua de travailler de son état. Le troisième jour, comme il faisait très-chaud, il ne put résister à la soif, et il but abondamment. La vessie, plus distendue par l'amas de l'urine, s'éleva davantage au-dessus des pubis ; les douleurs pour uriner augmentèrent, et, après de grands efforts, il sortit de l'urine par l'urèthre. Le malade ne fut pas beaucoup soulagé par cette évacuation ; les urines continuèrent de s'écouler par regorgement, enfin elles s'arrêtèrent tout à fait. On le transporta à l'hôpital de Rochefort. Le chirurgien en chef de cet hôpital, ne pouvant parvenir à faire pénétrer des sondes de différentes espèces dans la vessie, fit mettre le malade dans un bain ; il essaya ensuite de le resonder, mais cette tentative fut encore sans succès. Il fit alors une ponction au-dessus des pubis ; cette opération procura l'évacuation d'environ une pinte et demie d'urine, et de suite le soulagement du malade. On put alors passer une sonde par l'urèthre dans la vessie, et l'on retira sur-le-champ la canule du trois-quarts. La plaie de la ponction se guérit en deux jours ; tous les accidents se calmèrent. Le sixième jour, le bon état du malade détermina à ôter la sonde. C'était moins prématurément que la première fois, mais encore trop tôt, le ressort de la vessie ne pouvait pas être rétabli en si peu de temps : aussi la rétention de l'urine ne tarda-t-elle pas à se faire sentir. Le malade, qui était sorti de l'hôpital, y fut reconduit deux jours après. Il présentait les symptômes les plus alarmants de la rétention d'urine ; on ne put le

sonder. Il eût fallu faire une autre ponction à la vessie, on ne la fit pas ; le malade mourut dans la nuit.

Lelouis fit l'ouverture du corps. Il trouva la vessie soulevée par une tumeur située entre ce viscère et le rectum ; cette tumeur, ovalaire, du volume d'un boulet de 12 livres, était libre et mobile entre ces parties ; elle ne tenait que par un pédicule de la grosseur du petit doigt ; ce pédicule était fixé au repli du péritoine qui forme le ligament postérieur et inférieur de la vessie. Cette tumeur étant ouverte, il s'écoula une sérosité limpide et inodore ; on trouva dans sa cavité dix hydatides de la grosseur d'une noix, sans adhérences entre elles ni avec la poche commune qui les renfermait ; elles étaient remplies de sérosité, leurs parois membraneuses étaient plus minces que celles de la poche extérieure. Il ne parut aucune affection particulière à la vessie, à l'urèthre, ni à la prostate. Quoique la tumeur enkystée portât principalement sur le bas-fond de la vessie, qu'elle soulevait du côté des pubis, il est probable qu'elle exerçait aussi une pression assez forte sur le col de ce viscère pour s'opposer à l'issue libre des urines et à l'introduction facile de la sonde ; leur rétention pouvait aussi provenir de la perte du ressort de la vessie, distendue excessivement par leur amas consécutif, que favorisait la tumeur, et cette inertie serait d'autant moins invraisemblable que le malade était phlegmatique, avait l'habitude de boire, et pouvait être paresseux pour l'évacuation des urines.

Le frémissement hydatique, qui n'est pas constant et facile à percevoir dans les kystes hydatiques des autres régions, l'est encore bien moins dans ceux du tissu cellulaire sous-pariétal du petit bassin, et l'on ne peut avoir quelque chance de le percevoir que si le kyste a dépassé le détroit supérieur. M. Charcot (1) dit qu'il a été entendu une fois.

---

(1) *Gaz. méd.*, 1852; *Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin.*

Il a été constaté la première fois par M. Briançon (1); étudié par MM. Piorry (2) et Tarral (3), le frémissement hydatique a été comparé par ces auteurs à la sensation que feraient éprouver le tremblotement d'une masse de gélatine, ou les vibrations du timbre d'une montre à répétition que l'on tient dans la main, ou à l'ébranlement des ressorts d'un fauteuil sur lequel on frappe légèrement.

Ce frémissement a été attribué au choc des vésicules; mais M. Jobert l'a constaté dans un cas d'hydatide solitaire. Il est probable qu'il est dû aux ondulations de la matière gélatineuse des hydatides. Si à la percussion de la tumeur on joint l'auscultation, on peut entendre le bruit hydatique; c'est toujours le même phénomène perçu par le sens de l'ouïe.

---

## CHAPITRE V.

### Complications.

Indépendamment de leur inflammation, de leur ouverture spontanée dans les différents organes du petit bassin, de la constipation, l'ischurie, la rétention d'urine, les kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, peuvent empêcher l'expulsion naturelle et spontanée du fœtus.

C'est une des complications les plus graves; le cas suivant en est un exemple très-remarquable.

---

(1) *Essai sur le diagnostic et le traitement des acéphalocystes;* thèse de Paris, 1838.

(2) *De la Percussion immédiate.*

(3) *Recherches propres à éclairer le diagnostic des diverses maladies* (*Journ. hebdom. de méd.*, 1830, t. V).

### OBSERVATION VI.

Kyste hydatique ayant rendu plusieurs accouchements difficiles, et qui a été guéri après l'incision de ses parois, en plusieurs points, par le vagin (dans un mémoire intitulé *Observations sur les tumeurs de l'excavation pelvienne qui peuvent rendre l'accouchement difficile*, publié par Park) (1).

Park fut appelé par le Dr Lyon auprès de Mme S....., primipare, et dont l'accouchement semblait devoir bientôt se faire. Au premier examen, il trouva le vagin presque entièrement rempli par une tumeur dure, située entre le vagin et le rectum. Ce ne fut qu'avec une certaine difficulté que le doigt put être introduit entre la tumeur et le pubis, et pénétrer jusqu'au col.

Park désespérait de voir l'accouchement s'accomplir par les seuls efforts de la nature ; cependant il s'effectua naturellement : toutefois ce ne fut pas sans un travail long et pénible.

Par la suite, Mme S..... eut deux grossesses gémellaires terminées prématurément, la première au quatrième mois, la seconde à la fin du septième.

Les enfants, de 7 mois, furent expulsés sans accident.

Pendant ces grossesses, la tumeur, en comprimant l'urèthre, occasionnait de temps à autre la rétention de l'urine dans la vessie, et nécessitait l'emploi du cathéter, et cependant le toucher ne faisait reconnaître aucune modification dans le volume de la tumeur.

Un jour Park, en la refoulant par hasard avec le doigt, détermina l'émission des urines. Il instruisit le mari de cette manœuvre, et le cathéter devint dès lors inutile. Ce fut là d'ailleurs le seul incident notable de ces grossesses.

---

(1) *Transactions médico-chirurgicales de Londres* pour 1817.

Une nouvelle grossesse eut lieu ; le terme arriva. Park fut appelé pour prendre des mesures décisives à l'égard de la tumeur. La dilatation du col était complète, et déjà les membranes s'étaient rompues.

Toute la nuit se passa dans le travail le plus pénible, et cependant rien n'avançait. La tête appuyait sans cesse contre la partie supérieure de l'obstacle, mais sans pouvoir descendre le moins du monde dans le bassin. Alors il fut décidé qu'une incision serait pratiquée.

L'instrument choisi fut une lancette cachée ou pharyngotome. Park le conduisit sur son doigt jusqu'au point où les enveloppes de la tumeur lui parurent les plus minces, et là pratiqua cinq ou six incisions très-légères et non pénétrantes ; puis, forçant avec le doigt, il pénétra dans une large cavité qu'il crut remplie par une matière gélatineuse. Aussitôt il s'en écoula un liquide séro-sanguinolent, entraînant avec lui un certain nombre de fragments membraneux ayant l'apparence de morceaux de tripes (*strippings of tripes*). Quelques-uns de ces lambeaux atteignaient en dimension le quart d'une feuille de papier ordinaire.

La première douleur qui suivit cette opération évacua complétement le contenu de la tumeur ; celles qui suivirent terminèrent bientôt l'accouchement. Ce ne fut que très-lentement que M^me^ S..... se rétablit. Une suppuration abondante et extrêmement fétide se manifesta ; des douleurs de reins assez vives, de la fièvre, une grande prostration, furent les principaux symptômes observés, et ce ne fut qu'au bout de huit à dix semaines que la malade se rétablit complétement.

Il est probable que le travail de cicatrisation qui suivit cette opération amena un certain degré de rétrécissement ; car, dans l'accouchement qui suivit, alors que le col utérin était complétement dilaté et les membranes rompues, ce ne fut qu'après un travail très-pénible, de sept ou huit heures de durée, que la tête franchit le bassin. Un autre accouchement eut encore lieu par la suite ; il s'a-

gissait d'une présentation du bras à la fin du huitième mois. Park éprouva beaucoup de difficulté à introduire la main pour aller à la recherche des pieds, « et l'obstacle, dit-il, ne résidait certainement pas dans le col utérin. »

### OBSERVATION VII.

Autre cas de dystocie par un kyste hydatique de la cloison recto-vaginale, par M. Blot.

M. Blot (1) présente une certaine quantité de liquide extrait d'un kyste hydatique qui en contenait un demi-litre. Cette tumeur, située dans la cloison recto-vaginale, existait chez une jeune femme de 24 ans, et mettait un obstacle absolu au passage de la tête d'un fœtus à terme à travers le vagin, qui se trouvait comblé en partie par cette tumeur. L'accouchement, qui languissait depuis trois jours, put se terminer spontanément au bout de vingt minutes par la naissance d'un enfant vivant. La ponction fut faite par le vagin. Le liquide présenté par M. Blot est transparent, sans aucune odeur, d'une couleur légèrement opaline ; traité par la chaleur, il ne donne aucun précipité. L'acide nitrique en petite quantité n'y produit non plus aucun changement, et on peut ainsi se convaincre qu'il ne contient pas d'albumine en proportion appréciable. Il ne fait subir aucune modification au papier de tournesol rougi par un acide; il rougit à peine le papier bleu.

Quand on le traite par une grande quantité d'acide nitrique, il devient trouble, blanchâtre, et le produit de cette réaction ne se dépose pas au fond du verre à expérience, quel que soit le temps pendant lequel on le laisse reposer.

L'examen microscopique n'a fait découvrir qu'une grande quantité de globules huileux.

(1) *Mémoires de la Société de biologie* pendant l'année 1859, p. 45.

# CHAPITRE VI.

## Diagnostic.

Le diagnostic des kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin est très-difficile et souvent même impossible. Il constitue, chez la femme, une tumeur lisse, arrondie, non mamelonnée, indolente, fluctuante, et qui fait saillie dans le rectum et le vagin. Par le toucher rectal et vaginal on se rend compte des qualités physiques de la tumeur; si la tumeur dépasse le détroit supérieur, la palpation abdominale peut aider le diagnostic. La percussion peut aussi être d'un grand secours, mais il faut surtout chercher avec soin s'il n'y a pas d'autres kystes dans les autres organes.

Les signes des kystes du petit bassin sont : la multiplicité des kystes sur le même individu; l'issue des hydatides en nature ; le frémissement hydatique qui n'a été perçu qu'une fois. Mais tous ces phénomènes peuvent manquer, et la coïncidence d'autres tumeurs a également manqué plusieurs fois ; enfin l'évacuation d'hydatides ou fragments d'hydatides ne semontre en général qu'à une époque avancée de la maladie.

On peut confondre les kystes hydatiques du petit bassin avec des abcès de l'excavation pelvienne qui sont dus, les uns à une péritonite partielle, circonscrite, située dans la cavité même du péritoine; ils ont pour parois les divers organes contenus dans le bassin, revêtus de leur tunique séreuse enflammée et couverte de fausses membranes; les autres abcès du bassin sont situés dans le tissu sous-péritonéal. Si on les considère d'une manière générale, leurs causes sont très-variées; quelquefois ils ne sont que le prolongement d'un foyer purulent des fosses iliaques, ils peuvent encore être dus à des violences extérieures, à l'altération traumatique des os du bassin;

souvent aussi ils suivent la carie de ces os et des dernières vertèbres lombaires. Dans quelques tumeurs blanches de l'articulation iléo-fémorale, le fond de la cavité cotyloïde, altéré dès son début, soit par les progrès du mal, peut s'ouvrir dans le bassin, et donner lieu à des abcès.

Les plaies du bassin, compliquées ou non de corps étrangers, quelques méthodes particulières de tailler ou de ponctionner la vessie, la métro-péritonite, des collections de pus formées dans les ovaires, la grossesse extra-utérine, peuvent être la cause première d'abcès de l'excavation pelvienne. Quand les abcès viennent de la carie des os, ils sont lents à se développer, comme les autres abcès par congestion.

Indépendamment des engorgements inflammatoires, l'excavation pelvienne peut être le siége de tumeurs de diverses natures. Tantôt ce sont des ganglions lymphatiques dont l'accroissement anormal est quelquefois idiopathique, mais plus souvent symptomatique d'une affection des organes voisins, et notamment des maladies cancéreuses; tantôt ce sont des tumeurs sanguines.

« On peut, dit M. Bourdon (1), distinguer les abcès des kystes par les symptômes inflammatoires qui précèdent leur formation, par leur sensibilité qui existe dès le début, et parce que la fluctuation y est ordinairement partielle, limitée, tandis que les kystes acquièrent un volume parfois considérable sans réaction, et présentent une fluctuation plus évidente, plus uniforme, et une sensibilité plus tardive, qui souvent même ne se montre jamais.

« Mais quant à distinguer parmi les kystes ceux qui sont hydatiques, séreux, sanguins, etc., je crois que, dans l'état actuel de la science, on ne peut y parvenir à moins d'employer la ponction exploratrice. »

La ponction exploratrice est sans doute un bon moyen; mais,

---

(1) *Revue médicale*, 1831, p. 20.

pour diagnostiquer les kystes séreux des kystes hydatiques, il faut être assez heureux pour que le liquide obtenu contienne des échinocoques ou de leurs crochets, ou bien qu'il soit clair comme l'eau de roche, et qu'il ne donne aucun précipité par la chaleur ni l'acide nitrique.

Quant aux tumeurs sanguines du petit bassin, M. le Dr Viguier les a étudiées avec soin (1).

« Le siége de ces tumeurs est le même que celui des kystes hydatiques, et les caractères physiques diffèrent peu dans les deux cas; mais les phénomènes qui accompagnent la formation des dépôts sanguins différencient assez nettement ces derniers.

« Dans la plupart des observations que nous rapportons, dit M. Viguier, on a trouvé chez les malades, comme symptômes précurseurs, du malaise, des troubles menstruels, métrorrhagie ou suppression des règles, douleur dans le bas-ventre; les moindres mouvements sont douloureux.

« Chez quelques-uns, on observe un amaigrissement rapide : la face est pâle, mate, anxieuse; les traits sont altérés; les chairs deviennent molles, flasques; la peau présente la teinte que l'on remarque après les hémorrhagies abondantes. Ces phénomènes, en rapprochant sous quelques points de vue les tumeurs sanguines des tumeurs phlegmoneuses, les différencient suffisamment des kystes hydatiques. »

Les tumeurs sanguines peuvent aussi mettre les mêmes obstacles à l'accouchement; Récamier en rapporte un fait :

Une jeune femme de 28 ans fit une fausse couche de trois semaines; pendant six semaines, le sang s'écoula par le vagin. Le doigt, introduit dans ce canal, rencontra une tumeur très-volumineuse remplissant exactement le petit bassin, refoulant le rectum en arrière et en avant le col de la matrice, derrière l'arcade du

---

(1) Thèse inaugurale, p. 12.

pubis. En plaçant la main sur l'abdomen, on sentit que la tumeur s'élevait au-dessus du bassin, qu'elle était immobile. La fluctuation par le vagin était évidente. Récamier incisa la paroi postérieure du vagin et ouvrit le kyste. Une grande quantité de sang et de caillots furent extraits, et l'on fit plusieurs fois dans la journée des injections d'eau tiède pour débarrasser la partie supérieure de la tumeur. La malade allait bien quelques jours après l'opération.

Ainsi, comme on le voit, dans le tissu cellulaire de l'excavation pelvienne il peut se former des tumeurs hors des viscères contenus. Les unes, idiopathiques ou symptomatiques, sont lardacées, squirrheuses, cancéreuses; ces tumeurs, par leur volume, leur dureté, et la compression qu'elles exercent sur les organes voisins, produisent des accidents variés qui ne cessent qu'à la mort du malade; elles sont d'ailleurs inattaquables par les moyens chirurgicaux. Les autres, kystes séreux, hydatiques ou sanguins, bien que pouvant être plus volumineux que les autres, sont quelquefois dépressibles sous le doigt et peuvent être vidés ou guéris par incision, différence tranchée et pratique qu'il faut établir entre ces tumeurs anormales du bassin.

Les enchondromes aussi peuvent être une source d'erreurs de diagnostic.

*Enchondromes contenus dans la cavité du bassin.* J'ai cherché, dit M. Dolbeau (1), pour savoir si l'enchondrome, qui peut naître dans toutes les parties de l'enceinte pelvienne, n'avait pas quelques points où il se développait de préférence. Voici les résultats auxquels je suis arrivé :

Le plus souvent l'enchondrome prend naissance du sacrum ou des os iliaques, au voisinage de l'articulation sacro-iliaque.

---

(1) Mémoire sur les *tumeurs cartilagineuses ou enchondromes du bassin.*

Le côté le plus souvent affecté paraît être le côté gauche; sur 13 cas, 7 à gauche, 1 sur la ligne médiane, 5 à droite. Dans presque tous les cas, c'est une tumeur plus ou moins volumineuse, mais qui remonte vers l'abdomen ; d'autres fois elle est fixée à son point d'origine, et son développement a pour résultat l'obstruction plus ou moins étendue de l'excavation.

Les enchondromes du bassin ont un volume qui varie entre celui d'une noix et celui des tumeurs les plus considérables de l'abdomen.

Quel que soit le volume de la tumeur, l'enchondrome du bassin se présente tantôt, et c'est la condition la plus habituelle, sous l'aspect d'une tumeur fixe, adhérente au squelette par une base large; tantôt c'est bien une tumeur plus ou moins volumineuse, mais elle est libre, on peut la mobiliser, et il faut une certaine attention pour reconnaître que l'enchondrome se rattache aux os par un pédicule petit et plus ou moins allongé.

Cette question de l'implantation des tumeurs par une large base ou par un pédicule est d'une haute importance pour la thérapeutique, mais la solution en est toujours fort difficile.

L'enchondrome, développé sur les os du bassin, ne détermine ordinairement pas de douleurs. C'est par hasard, ou à l'occasion d'un effort, d'une contusion, que le malade constate une grosseur plus ou moins volumineuse. Dans quelques circonstances, il en est autrement; ce sont ou des douleurs ou des symptômes particuliers qui annoncent la production de l'affection morbide. Ainsi donc les symptômes des enchondromes du bassin n'ont rien qui soit spécial à la nature de la tumeur; ce sont toujours des phénomènes de voisinage, tenant à la compression des organes, des vaisseaux ou des nerfs. Lorsque la tumeur est appréciable, elle offre au toucher des caractères qui peuvent la faire reconnaître et dont je vais parler.

Habituellement la tumeur se développe lentement; elle est dure, bosselée, ridée, facile à circonscrire. La masse peut être mobilisée dans tous les sens, excepté dans les cas où la tumeur est implantée par une large base. L'âge du malade (car l'enchondrome existe surtout chez les jeunes gens), l'absence de toute douleur, le dé-

veloppement lent de la production, suffisent évidemment pour éloigner de suite l'idée d'une tumeur cancéreuse.

Il est évident que les tumeurs développées à la face interne de l'excavation du petit bassin ne sont pas susceptibles d'une exploration directe, au moins tant qu'elles seront petites; quelques-unes donneront bien lieu à des accidents, mais la cause passera inaperçue. Ainsi Lenoir a rapporté, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, un cas de cancer des os du bassin développé vers l'articulation sacro-iliaque, et qui n'aurait donné lieu qu'à une névralgie sciatique, dont la cause était restée inconnue. Dans les enchondromes, il existe une période de crudité et une période de ramollissement; il existe des observations dans la science où elles sont bien tranchées.

Pour en finir, je dirai que l'absence de douleurs vives s'observe surtout dans les tumeurs cartilagineuses; mais le véritable signe consiste toujours dans la présence de mamelons durs, élastiques, irréguliers, qu'on ne trouve pas dans les kystes et les autres tumeurs,

Les tumeurs fibreuses du petit bassin peuvent aussi compliquer le diagnostic, qui, dans quelques cas, est impossible, comme dans l'exemple suivant :

### OBSERVATION VIII.

Un homme qui avait fait autrefois une chute sur le bassin, et avait eu des coliques néphrétiques, entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Velpeau.

X..... avait de la difficulté à uriner, mais le cathétérisme était facile. Les selles étaient impossibles; le doigt, introduit dans le rectum, avait de la peine à y pénétrer. Au bout de quinze jours, le malade succomba. A l'ouverture du corps, le tissu cellulaire sous-péritonéal était transformé en une couche lardacée de plus de

1 pouce d'épaisseur. Çà et là existaient quelques petits foyers purulents; une épingle s'était engagée dans l'urèthre droit, avait fait le noyau d'un calcul de ce conduit. L'articulation sacro-iliaque droite était altérée.

J'ai recueilli l'observation suivante dans le service de M. Velpeau.

### OBSERVATION IX.

Kyste hydatique du petit bassin situé entre le rectum et la vessie; ponction pratiquée par le rectum; évacuation des hydatides; suppuration dans l'intérieur de la poche. Mort avec des abcès dans le foie.

Le nommé M....., âgé de 33 ans, entre à l'hôpital de la Charité, le 23 juin 1862, service de M. Velpeau.

Le malade, quoique paraissant d'une constitution faible et peu vigoureuse, s'est bien porté jusqu'à il y a quelques mois; il exerce la profession de cuisinier. Rien dans ses antécédents, dans sa manière de vivre, ne paraît digne d'être noté. Il y a deux mois, le malade s'aperçut qu'il se formait dans son ventre une grosseur; des douleurs se manifestèrent à l'hypogastre.

Il était déjà depuis quelque temps sujet à la constipation, mais l'excrétion des urines n'avait subi aucun trouble. Vers les premiers jours de juin, la miction devient difficile et le malade fut atteint d'une rétention d'urine presque absolue, et ce fut dans cet état qu'il entra à l'hôpital de la Charité.

Nous constatons à son arrivée l'existence d'une tumeur volumineuse, soulevant la paroi antérieure de l'abdomen et proéminente surtout à l'hypogastre. Cette tumeur est régulièrement arrondie, son sommet paraît correspondre à la ligne médiane ; elle est accompagnée d'une matité absolue s'étendant de la symphyse des pubis au voisinage de l'ombilic (sonorité dans les fosses iliaques). La sonde ordinaire en argent est introduite dans la vessie et y pénètre sans

difficulté, et donne issue à 1 litre environ d'urine claire, ne présentant aucun dépôt. Le ventre s'affaisse un peu sous l'influence du cathétérisme, mais il persiste une tumeur presque aussi volumineuse qu'auparavant. Le toucher rectal montre l'existence d'une tumeur volumineuse paraissant située entre la vessie et le rectum, et faisant une forte saillie dans ce dernier conduit. Le doigt l'atteint facilement et permet de la circonscrire. Dans une étendue, elle présente au doigt une résistance particulière et l'élasticité des poches liquides fortement tendues. La prostate est à l'état normal.

En face d'un cas aussi difficile, le diagnostic ne pouvait être posé qu'avec beaucoup de réserve. L'idée d'un kyste hydatique du bassin fut émise par un chirurgien (M. Panas).

Pendant quinze jours que le malade resta en observation, on fut obligé de le sonder pour obvier aux accidents de la rétention d'urine. Par deux ou trois fois, le malade parvint à uriner sans le secours de la sonde; mais cette amélioration ne fut que passagère.

Le ventre se ballonna davantage; la tumeur du rectum devint plus manifestement fluctuante, et en face des accidents plus pressants du côté de la vessie, M. Velpeau, le 4 juin 1862, se décida à pratiquer une ponction du rectum. Cette opération fut pratiquée avec un trois-quarts courbe; elle ne fut accompagnée d'aucune douleur.

Issue d'une demi-palette d'une eau claire comme de l'eau de roche, ne donnant pas le plus petit précipité avec l'acide nitrique et la chaleur. L'écoulement de ce liquide se fit en jet, suivi de la sortie de quelques vésicules hydatiques très-nettement caractérisées, et de petits grains blanchâtres analogues à ceux que l'on trouve dans l'intérieur des vésicules hydatiques. Le toucher rectal fit voir que la tumeur était considérablement diminuée, l'abdomen diminua légèrement de volume; mais la tuméfaction ne disparut point au moment de l'opération. Les suites de cette opération furent

simples; aucune amélioration remarquable ne la suivit. Deux jours après, le malade se plaignit, à la visite, d'avoir dans le rectum un corps étranger qu'il ne pouvait expulser; il nous fut facile de voir que cette sensation tenait à l'accumulation de membranes hydatiques volumineuses, faisant saillie à travers l'anus. On ne put les arracher qu'avec une certaine violence. Le même phénomène se reproduisit deux jours après, et dans l'un et l'autre cas, les produits, examinés sous l'eau, nous présentèrent tous les caractères anatomiques de ces vastes hydatides, comme on en rencontre si souvent dans les kystes d'un certain volume. La tuméfaction abdominale diminua d'une manière presque absolue, mais la santé du malade n'en subit aucune amélioration.

Les douleurs abdominales persistèrent, et même devinrent plus fortes; une suppuration abondante s'écoula par le rectum, et dans l'espace de quelques semaines, le malade parvint à un degré d'affaiblissement tel, qu'on dut porter le pronostic le plus grave. Il s'affaiblit et meurt le 5 août, sans avoir présenté aucun symptôme bien caractérisé de lésions viscérales.

L'*autopsie* fut pratiquée : on enleva avec le plus grand soin la paroi abdominale, et l'on constata que le péritoine ne présentait aucune trace de phlegmasie dans toute son étendue. Le rectum parut séparé de la vessie par une poche à parois flasques et complétement affaissée. Les organes génitaux furent enlevés avec les branches du pubis ; la dissection des organes pelviens fut faite avec soin. Nous reconnûmes alors que la poche dont on avait si bien constaté l'existence pendant la vie était ouverte dans le rectum par un orifice permettant l'introduction du doigt. Les parois étaient épaissies de 3 à 4 millimètres. Son sommet était recouvert par le péritoine dans une grande étendue. En avant, elle adhérait intimement à la vessie jusqu'au voisinage de son col ; en arrière, elle était intimement unie avec le rectum. Sa paroi interne était tapissée comme d'une membrane villeuse, ayant une teinte noirâtre, et qui présentait de nom-

breux détritus gangréneux. Elle dégageait une odeur infecte. Autour de la poche, dans le tissu sous-péritonéal, on apercevait de grosses veines qui prenaient naissance dans ces parois et pleines de caillots. On constata dans le foie l'existence d'un grand nombre de petites taches grisâtres, qui faisaient saillie à sa surface. On les incisa, et on reconnut parfaitement qu'elles s'étendaient surtout en profondeur. Il fut facile de les reconnaître pour de petites suppurations hépatiques. Tout le parenchyme en était criblé. Les autres organes n'étaient le siége d'aucune altération, sauf une anémie profonde. Pas de tubercules pulmonaires, pas d'abcès métastatiques dans les poumons. La veine porte ne paraît oblitérée dans aucun point de son trajet; et, à part quelques caillots adhérents à ses parois vers l'origine de la splénique, son examen ne nous présente rien à noter.

## OBSERVATION X.

Kystes hydatiques développés, chez l'homme, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin (1).

Thomas Bell, charpentier, homme vigoureux, âgé de 46 ans, mourut subitement le 17 mars 1786. Il s'était plaint, pendant quatre ou cinq semaines, de difficultés plus ou moins grandes d'uriner, qu'il supposait le résultat d'une affection calculeuse, mais que les gens qui l'entouraient regardaient comme la suite d'une maladie vénérienne. Il alla consulter un chirurgien, qui constata l'existence d'un phimosis naturel, mais ne rencontra rien de syphilitique.

Lors de cet examen, le malade pouvait s'asseoir sur son lit, et il assurait avoir éprouvé un peu de soulagement dans l'affection des voies urinaires depuis quelques jours; mais, chose singulière, une heure après, en essayant de se retourner, il expira subitement.

A l'*autopsie*, la vessie, très-distendue par l'urine, dépassait le pu-

---

(1) John Hunter, *Transactions de la Société pour l'avancement de la médecine et de la chirurgie* (1793).

bis de 8 pouces anglais. Après l'avoir vidée, et elle contenait 6 pintes d'urine, on découvrit une volumineuse tumeur, située entre son col et le rectum; cette tumeur remplissait complétement le bassin et repoussait la vessie en avant et en haut. On l'incisa, et il s'en écoula une grande quantité d'eau mêlée d'un grand nombre d'hydatides de divers volumes. La plus grande de ces hydatides avait environ 1 pouce et demi de diamètre, et la plus petite surpassait à peine en volume une tête d'épingle ordinaire. La tumeur était composée en totalité des hydatides et du liquide qui les entourait; le volume de son contenu pouvait être évalué à une pinte et demie.

Il y avait en outre, au voisinage du col de la vessie, deux ou trois autres tumeurs plus petites, renfermant aussi des hydatides, et deux corps, du volume d'une fève, adhérant à la vessie, et contenant une substance molle, caséeuse. Entre l'estomac et la rate et au-dessus du pancréas, existait une volumineuse tumeur qui adhérait à ces trois organes par du tissu cellulaire, surtout à la rate. La rate et la tumeur, mesurées ensemble, avaient à peu près 10 pouces anglais de diamètre. Cette dernière était irrégulière, mamelonnée, et composée d'un certain nombre de tumeurs plus petites. Le contenu des kystes qui la composaient variait singulièrement : l'un d'eux contenait des hydatides, un autre renfermait une substance analogue à de la colle de poisson un peu ramollie par l'eau; dans un troisième, on rencontrait un liquide transparent avec de très-petites particules granuleuses adhérant facilement aux parois; dans un quatrième enfin, on trouvait quelques hydatides, les unes entières, d'autres déchirées. Les sacs d'enveloppe avaient des parois épaisses très-contractiles, et chassaient avec force leur contenu quand on les incisait; ils étaient composés de deux membranes : une externe, la plus forte et la plus épaisse; une interne, mince, molle, pulpeuse.

OBSERVATION XI (1).

Un homme de 61 ans ressentit, il y a vingt ans, les premiers symptômes d'une tumeur abdominale. En 1811, de l'ischurie se manifeste, le cathétérisme est difficile, et le chirurgien se voit obligé de laisser une sonde à demeure. L'année suivante, les mêmes phénomènes se reproduisent. Outre la tumeur de l'abdomen, on constate par le toucher rectal une tumeur lisse, uniforme, tendue, et que l'on pouvait déprimer un peu à l'aide d'une légère pression. Elle avait été prise précédemment pour un engorgement de la prostate; cette fois on la considéra comme due à la vessie distendue par l'urine. Cependant, en introduisant une sonde par l'urèthre jusqu'au col de la vessie, on avait senti un corps légèrement mobile, qui cédait à une légère pression exercée avec la sonde, pour revenir avec une espèce d'élasticité quand on cessait de le presser. Comme la rétention d'urine persistait, on crut devoir ponctionner la vessie; le rectum fut choisi pour le lieu de la ponction, et l'opération fut pratiquée avec un trois-quarts courbe. Il sortit aussitôt par la canule un liquide limpide, incolore, et presque en même temps l'urine coula par la verge avec facilité et à plein canal.

Les deux jets de ce liquide continuent pendant quelque temps, mais celui qui sortait par la canule finit bientôt par être interrompu.

« Dès que l'urine, qui était fortement colorée en brun, eut commencé à sortir, je fus frappé, dit Lesauvage, de la différence de couleur des deux liquides.

« Je goûtai et trouvai une différence de saveur ; je ne balançai pas à avancer que le trois-quarts avait pénétré dans un kyste situé entre le rectum et la vessie.

(1) Lesauvage, *Bulletins de la Faculté de Médecine*, 1812.

« Mon opinion sembla appuyer celle que j'avais émise sur la nature des tumeurs de l'abdomen (il les considérait comme des kystes hydatiques).

« Par la suite, se manifestèrent des phénomènes de péritonite dont le siége est surtout au-dessus de l'arcade fémorale gauche; il s'y joint une fièvre adynamique, et le malade meurt.

« A l'*autopsie,* on rencontre dans le foie un énorme kyste hydatique; des tumeurs semblables remplissent l'épiploon.

« A 1 pouce du col de la vessie et du côté gauche, existait une ouverture qui conduisait dans une cavité qui aurait pu contenir un verre de liquide. Cette ouverture était de forme ovalaire et avait près d'un pouce de hauteur; la circonférence était comme frangée dans plusieurs points, et les portions de franges, qui étaient une continuité de la membrane muqueuse, avaient la couleur noirâtre qu'on remarquait sur cette membrane. Cette ouverture fait d'ailleurs communiquer la vessie avec une sorte d'arrière-cavité qui s'étend jusqu'au rectum. »

L'observation suivante a été recueillie à la Charité, sous les yeux de M. Rayer, par M. Brun, interne du service (1).

OBSERVATION XII.

Le nommé K....., âgé de 40 ans, cordonnier, d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin et lymphatique, éprouva sans cause connue, en 1828, de la pesanteur dans le bas-ventre, accompagnée parfois de coliques. On reconnut, dans la fosse iliaque gauche, l'existence d'une tumeur grosse comme le poing, indolente à la pression.

Les bains, l'onguent mercuriel, employés alors, ne purent la dissoudre.

---

(1) Thèse de Paris, 1834, n° 238.

Les choses en restèrent là jusqu'en 1834. A cette époque, K..... fut pris de fièvre, de soif, d'inappétence, et douleur à l'endroit de la tumeur, qui jusqu'alors ne l'avait guère tourmenté.

A son entrée à l'hôpital de la Charité, le 7 avril, on constate en effet, dans la fosse iliaque gauche, l'existence d'une tumeur plus volumineuse que le poing, s'étendant jusqu'à l'hypogastre. Elle est arrondie, immobile, fluctuante, un peu douloureuse à la pression; elle est d'ailleurs nettement séparée du foie, qui paraît entièrement sain. Quand on percute la tumeur, il semble que l'on frappe sur un ressort élastique, et l'on provoque en même temps une sorte de frémissement ou de collision. L'auscultation et la percussion combinées font entendre un son analogue à celui d'un tambourin.

Le lendemain, à la suite de coliques vives suivies d'un pressant besoin d'aller à la selle, le malade rend alors par l'anus un liquide purulent mêlé de débris hydatiques. Les hydatides entières avaient probablement le volume d'une noix.

Peu après cette évacuation, les coliques cessent, la douleur diminue, la tumeur s'affaisse, incomplétement il est vrai; des hydatides déchirées sont encore rendues pendant plusieurs jours.

Le malade, complétement soulagé, demande bientôt à sortir de l'hôpital.

A cette époque, chose à noter, la tumeur n'avait pas complétement disparu, malgré les pressions réitérées qu'on avait exercées sur l'abdomen.

K..... resta un mois hors de l'hôpital, sans éprouver aucun accident notable; mais, au bout de ce temps, la tumeur augmente, reprend son premier volume, et devient de nouveau douloureuse. — Saignées locales et générales, bains.

A cette époque aussi, la constipation se manifeste en même temps qu'un phénomène nouveau, l'ischurie. Du pus et des hydatides sont cependant rendus par le rectum, et le malade est encore une fois soulagé.

La difficulté à rendre les urines avait cessé elle-même, lorsque, le

8 avril, une envie soudaine et pressante d'uriner se manifeste. Une urine trouble, blanchâtre, laissant déposer un précipité purulent, est rendue avec difficulté ; des gaz sortent en même temps par l'urèthre.

L'ischurie cède au bout de quelques jours sous l'influence d'émissions sanguines locales, et avec elle la douleur et la pression dans la région du kyste, laquelle s'était de nouveau manifestée. Les urines deviennent normales, les hydatides cessent de reparaître dans les selles, et le malade sort vers le milieu de juin. Il porte encore dans la fosse iliaque une tumeur indolente, il est vrai, mais assez volumineuse.

Observation intéressante surtout au point de vue anatomique, et qui prouve d'ailleurs que les kystes hydatiques du bassin sont souvent accompagnés de semblables kystes dans la rate, le foie et d'autres viscères (1).

## OBSERVATION XIII.

M. Barre lit l'observation d'un kyste hydatique d'un volume énorme développé dans le bassin.

L'utérus est appliqué sur sa face antérieure, et lui est intimement uni. Les trompes et les ovaires sont en grande partie confondus avec les parois du kyste. Le rectum est adhérent à sa partie postérieure et gauche. Le kyste contient un nombre immense d'acéphalocystes, dont le volume varie de celui d'un œuf de dinde à celui d'une noisette. Le liquide a l'aspect du pus séreux. Un kyste hydatique semblable, mais beaucoup plus volumineux, existe dans la rate. Aucun détail sur les phénomènes observés pendant la vie.

---

(1) *Bulletins de la Société anatomique de Paris* pour 1831.

## OBSERVATION XIV (1).

Une femme âgée de 30 ans, observée par M. Basset, interne à la Pitié, présente une tumeur à la région hypogastrique qui faisait aussi saillie par le vagin et par le rectum ; la palpation abdominale, le toucher rectal et le toucher vaginal combinés, donnèrent pendant la vie une bonne idée de la forme et des rapports de la tumeur. Les phénomènes les plus saillants furent la constipation et la difficulté à uriner. Le cathétérisme était souvent presque impossible, et il fallait changer la direction de l'instrument. La malade succomba bientôt dans l'état adynamique.

Un des ovaires, transformé en kyste hydatique, était tombé dans le cul-de-sac recto-vaginal et avait adhéré intimement aux organes voisins. Le vagin et le rectum étaient aplatis, la vessie médiatement comprimée et pleine d'urine. Dans l'épiploon gastro-splénique, existait aussi un kyste hydatique volumineux, qui s'était probablement primitivement développé dans la rate, car son enveloppe extérieure se continuait avec la capsule de cet organe. Aux détails anatomiques que nous venons de donner, nous ajouterons que la tumeur, qui descendait presque jusqu'au périnée, avait le volume d'une tête d'adulte ; qu'elle contenait un liquide purulent et de très-volumineux hydatides, que la trompe correspondante communiquait probablement avec le kyste lui-même, et que, suivant toute probabilité, le passage de son contenu dans la cavité utérine n'était empêché que par l'aplatissement considérable qu'avait subi le col utérin en même temps qu'il s'était allongé.

---

(1) Basset, Société anatomique, 1818.

## OBSERVATION XV.

Kyste hydatique du bassin faisant saillie dans le vagin, traité et guéri par l'incision (1).

M^me B....., âgée de 38 ans, avait eu, huit ans auparavent, un accouchement long et pénible. L'accoucheur reconnut la cause de la difficulté dans une tumeur existant au côté gauche du vagin, et ne dissimula pas à la malade l'obstacle qu'elle pourrait apporter à un accouchement ultérieur. Cette tumeur s'accrut, mais sans déterminer aucune espèce d'accidents pendant cinq ans; mais, pendant les trois années qui suivirent, l'émission des urines et des matières fécales devint difficile, et le mari de la malade était forcé de la sonder trois ou quatre fois par jour. A l'hôpital de la Charité, on constata en effet l'existence d'une tumeur dure, située à gauche, s'étendant de la marge du bassin à la grande lèvre.

Il y avait un certain degré d'engourdissement du membre pelvien gauche. Roux se décida à pratiquer une opération ; il incisa le vagin dans toute sa hauteur. Cet habile chirurgien croyait à l'existence d'une tumeur solide; mais, au premier coup de bistouri, il s'écoula une grande quantité de liquide incolore et un grand nombre d'acéphalocystes de toute grosseur. On agrandit l'ouverture, et alors une membrane d'un blanc perlé vint se présenter sur les bords de la plaie. On la saisit avec des pinces, et en faisant de douces contractions, on la détacha peu à peu, et on finit par l'amener tout entière au dehors. On remplit la plaie de bourdonnets et de charpie. Les jours suivants, on fit des injections, et la guérison ne se fit pas attendre.

---

(1) Roux, *Clinique des hôpitaux*, t. II, n° 46.

OBSERVATION XVI.

On lit dans la *Revue médicale* de 1838, qu'au rapport de Mme Boivin, une femme malade à la Maison royale de santé, en 1826, présentait une tumeur qui remplissait tout le ventre, et qui remontait jusqu'à la face inférieure du foie, avec lequel elle avait contracté des adhérences; elle soulevait la paroi postérieure du vagin, ce qui fut constaté par le toucher. M. P. Dubois en fit l'incision à travers les parois vaginales, et il en sortit environ 20 litres d'une matière analogue à de la bouillie par sa consistance. Après la déplétion du kyste, l'utérus, d'élevé qu'il était, redescend et occupe sa place dans le bassin, et l'on sentit qu'il était dans son état naturel. L amélioration qui suivit cette opération ne fut que de courte durée, car la malade mourut un mois après. L'autopsie démontra que la tumeur était due à l'ovaire gauche, qui avait acquis du développement par suite de la disposition dans son intérieur d'une quantité d'hydatides et de beaucoup de matière tuberculeuse.

En résumé :

1° Les kystes hydatiques du petit bassin se développent le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Chez la femme, l'ovaire est quelquefois le siége primitif des kystes hydatiques.

2° Ces kystes hydatiques peuvent être simples ou multiples, et accompagnés de kystes semblables dans d'autres parties du corps.

3° Par leur action mécanique, ils gênent l'excrétion de l'urine et des matières fécales et peuvent être un obstacle à l'acouchement;

4° La guérison de ces kystes peut être quelquefois la suite de la mort des acéphalocystes, de leur ouverture spontanée dans le rectum, ou bien être due à une opération avec l'instrument tranchant.

---

# CHAPITRE VII.

## Pronostic.

Le pronostic des kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin est toujours grave ; car, par leur action directe sur la vessie, ils peuvent amener les accidents les plus fâcheux du côté des voies génito-urinaires, souvent même la mort. Leur ouverture spontanée par le rectum, ainsi que les incisions faites avec des instruments tranchants, déterminent souvent des accidents qui, comme le prouvent les observations rapportées, peuvent causer la mort, consécutive soit à un état adynamique causé par les suppurations prolongées, soit à la résorption purulente. Mais fort heureusement la terminaison de ces kystes n'est pas toujours aussi funeste ; la mort des hydatides peut amener la rétraction du kyste, ou bien ils restent stationnaires, et leur petit volume permet l'accomplissement des fonctions des organes pelviens, et souvent même peuvent passer inaperçus.

---

# CHAPITRE VIII.

## Traitement.

On a proposé contre les hydatides du petit bassin tous les moyens que l'on a employés pour les combattre dans le foie et les autres organes, et le nombre en est grand. On a essayé le calomel, l'opium, les purgatifs salins, les toniques amers et aromatiques, l'huile essentielle de térébenthine, l'huile empyreumatique de Chabert, le chlorure de sodium, les préparations mercurielles, les préparations d'iode. En Angleterre, on prescrit de préférence l'iodure de potassium, qui passe pour insecticide.

On a attribué à tous ces médicaments de nombreuses guérisons, mais je ne connais pas d'exemple qui prouve leur efficacité.

Cependant il doit exister des substances qui tuent l'échinocoque, comme le grenadier tue le ver solitaire. Le plus difficile n'est pas de les découvrir, mais bien de les faire pénétrer jusqu'aux hydatides avec lesquelles il faut absolument qu'elles se mettent en contact.

Si tous les moyens proposés échouent et que des accidents surviennent, il faut intervenir et vider la poche par une ponction. Chez l'homme, cette ponction sera faite par le rectum; chez la femme, il faudra faire une large incision par le vagin.

Récamier a obtenu la guérison d'un kyste kydatique du foie par une simple ponction exploratrice. Se fondant sur ce fait et sur plusieurs autres semblables, quelques médecins (1) ont espéré tuer les hydatides et obtenir la rétraction de la poche, sans en déterminer l'inflammation, par une suite de ponctions capillaires.

Dans les cas où l'on a pratiqué la ponction, on fait des injections pour tuer les hydatides et hâter l'oblitération du kyste, pour laver la poche et combattre les propriétés septiques du pus. Récamier injectait de l'eau d'orge miellée, quelquefois de l'eau salée ou chlorurée; M. Boinet a proposé et pratiqué des injections d'iode; d'autres médecins ont injecté avec succès de l'alcool étendu d'eau. Je crois qu'il faut donner la préférence à l'iode.

---

(1) Moissenet, *De la Ponction avec le trois-quarts capillaire, appliquée au traitement des kystes hydatiques du foie* (*Arch. gén. de méd.*, 1859, p. 144).

# QUESTIONS

SUR

## LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

---

*Physique.* — Distinguer l'inspiration par la poitrine de la succion ; déterminer leur puissance relative.

*Chimie.* — Des caractères des chlorates.

*Pharmacie.* — Des préparations dont la salsepareille fait la base : les comparer entre elles.

*Histoire naturelle.* — Des caractères de la famille des borraginées.

*Anatomie.* — Des muscles qui concourent aux mouvements de dilatation de la poitrine.

*Physiologie.* — Des usages de la choroïde et des procès ciliaires.

*Pathologie interne.* — Des fièvres éruptives.

*Pathologie externe.* — Des plaies d'arme à feu.

*Pathologie générale.* — Des altérations que l'inflammation détermine dans les membranes muqueuses.

*Anatomie pathologique.* — De la moelle épinière.

*Accouchements.* — Des présentations irrégulières de la tête du fœtus pendant l'accouchement.

*Thérapeutique.* — Des principales préparations de quinquina employées en médecine et de leur valeur comparative.

*Médecine opératoire.* — De la résection de la mâchoire supérieure.

*Médecine légale.* — De l'avortement.

*Hygiène.* — De la durée de la vie en général.

---

Vu, bon à imprimer.

CRUVEILHIER, Président.

*Permis d'imprimer.*

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

A. MOURIER.